

1° Convegno dell'associazione
Centri Mara Selvini Anorexia/Disturbi del comportamento alimentare
www.centrimaraselvini.it

Insieme alle famiglie.
Per uscirne insieme.
28 gennaio 2006

**IPOSTESI RELAZIONALI E TRATTI DI PERSONALITA'
SOTTOSTANTI IL DISTURBO ANORESSICO BULIMICO**

Anna Maria Sorrentino

La variegata personalità dei soggetti con DCA, per i quali le famiglie chiedono una terapia familiare ci ha interrogato da circa dieci anni (Selvini Palazzoli et al., 1998), prima di noi aveva fatto interrogare anche Mara Selvini Palazzoli fin dalla sua prima riflessione orientata psicodinamicamente (Mara Selvini Palazzoli, *L'anoressia mentale*, 1963, nuova edizione Raffaello Cortina 2006).

Pur se la patologia alimentare appare relativamente omogenea nel suo apparire fenomenico - una restrittiva, ad esempio, esprime una condotta di riduzione dell'apporto calorico confrontabile con quella di quasi tutte le sue compagne di sofferenza - pure i vissuti, le modalità e i caratteri di queste ragazze possono apparire molto diversi tra loro, andando da sfumature dipendenti, caratterizzate da insicurezza dove i sintomi sono l'unico segno di protesta o di individuazione in una personalità per il resto completamente iperadattata e compiacente a, all'opposto, sfumature narcisistiche sfrontatamente reattive di ragazze che non sembrano accettare alcuna subordinazione e guida.

Nel buco nero dei sintomi quindi si cade provenendo da molte strade diverse. Come terapeuti familiari siamo naturalmente portati a supporre che le "strade" diverse abbiano a che fare con l'allevamento e le interazioni affettive fondamentali di cui queste pazienti sono state oggetto, mondi affettivi che hanno dato un'impronta, costituito un importante fattore di rischio per queste giovani

menti le quali, intrecciandosi come Mara ci insegna, con gli stili sociali e le richieste macro sistemiche, possono utilizzare i sintomi alimentari come stampelle a cui appoggiare la propria fragilità.

La mia riflessione di ora si concentra su questi aspetti del processo. Stefano Cirillo poi parlerà della diagnosi di funzionamento familiare che presiede alla scelta di operare in base a differenti convocazioni, mentre io mi concentrerò sulle ipotesi di correlazioni tra i modelli operativi interni (MOI) derivati da certi stili di attaccamento e dalle condotte di *parenting* (Paola Di Blasio, a cura di, *Tra rischio e protezione*, Unicopli, 2006) e le difese dalla sofferenza che queste pazienti mettono in atto con i sintomi.

PATOLOGIA ANORESSICO-BULIMICA E TEORIA DELL'ATTACCAMENTO

Consideriamo il sistema dell'attaccamento come una sorta di grande specchio dentro cui ognuno di noi riconosce il proprio volto e quello dei suoi cari. Ci sono specchi perfetti che rimandano un'immagine realistica - rappresentazione di un attaccamento sicuro - di cui noi non siamo chiamati ad occuparci. In uno specchio perfetto l'individuo si riconosce nei limiti e nelle risorse ed in base a quello che correttamente percepisce, si regola nei passaggi evolutivi della sua crescita. Le funzioni parentali saranno state in questo caso equilibrate nel fornire un adeguato rispecchiamento (*mirroring*) e una guida appropriata (*mastering*) (Hesse 1996). Noi siamo però chiamati ad occuparci di coloro che hanno conosciuto se stessi e il mondo attraverso uno specchio deformante, ricevendo una funzione genitoriale inappropriata, vuoi per eccesso di *mastering*, vuoi per difetto di *mirroring*.

Per quanto riguarda la patologia anoressico-bulimica queste deformazioni appartengono prevalentemente alle aree ansioso ambivalenti ed evitanti in cui, nei casi più gravi, compaiono le note disorganizzate. Non siamo che raramente in presenza di attaccamenti disorganizzati veri e propri, matrici di disturbi del pensiero di tipo psicotico.

Anche nelle forme di area border, queste ragazze conservano quasi sempre una discreta lucidità mentale che le rende interlocutorie, eccezion fatta

naturalmente per l'area sintomatica dove, come accennava Matteo Selvini, appaiono invece imponenti aspetti dissociativi, utilizzati come "distrazione" dalla sofferenza psichica. Non per questo sono pazienti meno gravi: occupano un'area limite al di sotto del quadro nevrotico puro ma al di sopra dell'organizzazione psicotica.

Il baluardo difensivo del sintomo, come diceva Mara Selvini Palazzoli, tiene fuori dal disturbo del pensiero vero e proprio. Mara infatti diceva che le anoressiche sono ragazze "attaccate coi denti", sospese sopra il baratro della psicosi, perciò invitava a considerare il sintomo con rispetto, senza attaccarlo direttamente con discorsi sul cibo, apprezzandone la funzione difensiva.

Riprendendo le tracce che ci derivano dalla teoria dell'attaccamento, possiamo operare una prima distinzione tra pazienti estrovertite, che diffidano delle proprie risorse e cercano nelle relazioni il proprio sostegno, e pazienti introvertite, o autarchiche, che cercano in se stesse la propria stabilità, diffidando della risorsa interpersonale fino ad arrivare a disprezzarla, come vediamo nei tratti narcisistici più gravi.

Se rivisitiamo alla luce dell'attaccamento la classificazione relazionale del libro *Ragazze anoressiche e bulimiche*, vediamo che la matrice ansioso ambivalente sta dietro il tipo A e la matrice evitante sta dietro il tipo C. Per il tipo B occorre fare delle differenziazioni. Siamo in presenza infatti di storie evolutive caratterizzate da assenza di corretto funzionamento di *parenting* materno che lasciano nella figlia bisogni irrisolti tali da spingerla a cercare nel padre una risposta riparativa. La madre dispensa un attaccamento disorganizzato che tuttavia può essere di matrice ambivalente o evitante. Nel caso della matrice ambivalente il padre è visto come rassicurazione, nel caso della matrice evitante il padre è ricercato come fonte di calore. Come poi il padre reagirà alle richieste della figlia darà la forma alla complessa sfumatura dell'organizzazione borderline di personalità, organizzazione piena di sfaccettature.

Infatti ci è apparso chiaro nella riflessione sul libro che la presenza di un legame di intimità con la madre o con il padre predispone queste pazienti ad una apertura verso la relazione, apertura caratterizzata, nel tipo A, da note di dipendenza e di deficit nei processi di individuazione/differenziazione, mentre, nel

tipo B di questo sottogruppo ansioso ambivalente, da note eccitate e reattive ad un sostrato di carenza depressiva legata allo scarso accesso alla figura primaria di accudimento. Nei tipi di matrice evitante B e C, riferibili ad un attaccamento evitante, si vedono invece prevalere le note autarchiche di autonormazione e di criticismo, o come dicono gli americani, di *mastering*, diretti dall'ambiente sulla figlia futura paziente e da questa su se stessa e le proprie prestazioni.

RIFLESSIONE SUI DISTURBI DI PERSONALITA'

Se riprendiamo poi i riferimenti ai quattro disturbi di personalità sottostanti i sintomi già descritti nel libro, ci sembra di essere in grado di definire alcune sottospecificazioni.

Vediamo anzitutto che non è corretto parlare per queste pazienti di disturbi di personalità veri e propri, che appaiono definibili in un numero ridotto di casi. Siamo invece in presenza di tratti importanti che fanno pensare ad una nevrosi del carattere, colorano la personalità in modo da permetterci una classificazione che poi guiderà il trattamento. Possiamo con Johnson (*Stili di carattere*, 1994) distinguere infatti *uno stile di personalità* che caratterizza ognuno di noi e ci differenzia gli uni dagli altri; *una nevrosi del carattere* che, nei suoi aspetti costrittivi pare imporsi sulle capacità normalmente adattative, così come vediamo nei tratti ossessivi o simbiotici o impulsivi o narcisistici di alcune nostre pazienti le quali peraltro appaiono relativamente ben funzionanti in altre aree lontane dalla patologia; ed un *disturbo della personalità* dove la modalità pervasiva della manovra difensiva acquista un'imponenza disadattativa di cui il paziente è scarsamente consapevole.

I tratti sono come un filo d'Arianna che mostra la soluzione difensiva adottata dalla paziente e rimandano quindi a possibili deficit dell'attaccamento e del *parenting* genitoriale che si dovrà cercare di modificare nel percorso terapeutico coi genitori. Partendo quindi dai tratti sembra di poter descrivere alcune sottospecificazioni.

Nel quadro **dipendente** ad esempio si enucleano due configurazioni che, seguendo Johnson, chiameremo *orale* e *simbiotico*. La polarità orale di riferisce a

quei soggetti carenzati dal legame di attaccamento ansioso ambivalente i quali cercano una compensazione nell'inversione di ruolo, nel diventare genitori dei genitori, della madre in particolare, inconsapevolmente mostrando i tratti sacrificali di rinuncia a chiedere per sé che appaiono a volte confondibili con aspetti persino evitanti. In questo caso forse modalità evitanti della madre stessa possono essere comparsi nel corso del processo di attaccamento, dando luogo a forme miste di legame ambivalente e tratti appunto evitanti.

Costoro hanno comunque ricevuto una funzione parentale scarsamente supportiva nel *mastering*, ma non sono stati privati di una certa dose di calore, dispensata loro quando "si facevano carico" dei problemi dei genitori.

La paziente simbiotica invece, essendo figlia di un allevamento ansioso iperprotettivo che non ha permesso l'esperienza delle proprie capacità e autonomie, appare più come un pulcino insicuro e immaturo dove il sintomo anoressico è la prima mossa di controllo su di sé, tentativo di combattere il senso della propria inconsistenza. Costei ha ricevuto una guida svalutante dai genitori e poco supporto nel processo di esplorazione dell'ambiente e della propria competenza. La madre è sempre stata sulla "scena" nella sua vita impedendole di prendervi posto e di dar vita al proprio personaggio. Per questo i genitori dovranno essere incoraggiati a farsi da parte gradualmente così come la paziente dovrà essere sostenuta nel farsi avanti ed affermare se stessa.

Per quanto riguarda il tratto **ossessivo**, vediamo che questo può apparire abbastanza puro, ma avere una doppia origine eziopatologica: può essere ad esempio frutto di un allevamento ipercritico, poco supportivo, adottato poi dalla paziente verso se stessa su base imitativa, identificandosi con i genitori. In questo caso è caratterizzato da ansia e sentimenti di inadeguatezza e da alte aspettative verso se stessa. L'ossessività però anche può essere frutto di un'autonormazione, derivata da un allevamento disorganizzato e caotico dove la paziente cerca di darsi regole da sé. In questo caso il carattere ansioso è mescolato a note di ipercriticità verso gli altri che lasciano trasparire la rabbia per aver dovuto "esser più grande dei grandi".

Per quanto riguarda la configurazione **border**, essa appare significativa in circa un quarto delle nostre pazienti e compare come disturbo della personalità vero e proprio nella metà dei soggetti che hanno queste caratteristiche.

Innanzitutto in questi casi l'area sintomatica è caratterizzata dalla bulimia più o meno grave, pur se con un esordio restrittivo e vi si associano spesso altri sintomi dell'area impulsiva. Qua dobbiamo distinguere due grandi configurazioni. Su una prima prevalgono aspetti reattivi: la paziente è coinvolta in una sorta di follia a due con la madre, incapace di *parenting*, ma non distante. Il comportamento è caratterizzato da aspetti di disorganizzazione e impulsività dove, per altro, la figura di allevamento appare persino più disturbata della paziente (qui il sintomo rappresenta un tentativo di controllo e all'opposto di scarica impulsiva). In questo caso il padre è defilato rispetto al conflitto si limita ad essere istigatorio o collusivo con la figlia.

La seconda configurazione, più simile a quella della principessa del padre descritta dal libro *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Cortina 1998, mostra una ragazza che ha avuto un rapporto molto carenziale e disorganizzato con la madre, chiusa al rapporto con lei perché turbata e tesa per sue problematiche. Questa paziente guarda al padre come ad una risorsa affettiva, cercandone calore e apprezzamento fino ad allearsi con lui che può coinvolgerla in un legame di anti-moglie, facendole perdere la possibilità di un recupero del rapporto con la madre. La caratteristica sessualizzazione di una parte di queste pazienti (ridotta) nei nostri casi comporta che spesso sono coinvolte in episodi di abuso, non col padre, nella nostra casistica, ma con figure significative dell'entourage familiare.

Per quanto riguarda la configurazione **narcisistica** troviamo che raramente questa appare pura come disturbo di personalità; è invece un atteggiamento legato agli aspetti di disorganizzazione dell'attaccamento di quadri del gruppo drammatico (border, istrionico, ecc.). Tuttavia abbiamo incontrato pazienti che presentano il tipico disprezzo narcisistico come modalità di distanziamento interpersonale, così provocante per il terapeuta, che dovrà fare i conti con la sfiducia nel rapporto presentata dalla paziente che si pone sull'immaginario

continuum tra dipendenza e autarchia, polarità centrata sulla diffidenza e sulla chiusura all'offerta empatica.